FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 Novembre 1900, à 1 heure

Par ALBERT BERRY

Né à Razès (Haute-Vienne), le 21 Décembre 1873.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU

TRAITEMENT DES DOULEURS D'ORIGINE GASTRIQUE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. BROUARDEL, professeur.
CHARRIN et BONNAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
L. BOYER
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM.
Maladies des enfants	DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux	FOURNIER.
Clinique chirurgicale	RAYMOND. TERRIER. DUPLAY. LEDENTU. TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HEIM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.
	MERY.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE
ET DE MES CHERS DÉFUNTS

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON COUSIN GEORGES BERRY
Député de Paris.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin à l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

PRÉFACE

Nous avons été l'élève de M. le professeur Dieulafoy à l'Hôtel-Dieu, et à ce titre nous conserverons toujours pieusement le souvenir du haut enseignement clinique de notre Maître.

Monsieur le professeur Dieulafoy nous a fait aussi l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, c'est pourquoi nous tenons à lui adresser ici le témoignage de notre double reconnaissance.

ment symptomatique. Non pas que nous le croyons plus utile que le traitement causal; mais parce qu'il comporte parfois des indications nettes, soit momentanément (affections douloureuses aiguës mais curables), soit définitivement (affections douloureuses chroniques incurables). D'ailleurs, dans nombre de cas, le traitement symptomatique et le traitement causal se confondent et sont réalisés par un même moyen thérapeutique. C'est ainsi que certaines médications, favorisant par exemple le repos de l'organe, calment les douleurs au moment de leur emploi et préparent en même temps la guérison définitive.

CHAPITRE PREMIER

Avant de passer à l'étude du traitement proprement dit, nous donnerons un aperçu rapide des symptômes douloureux qui nous intéressent.

Ces symptômes douloureux peuvent être simplement, quand ils sont atténués, une sensation incommode de plénitude et de pesanteur épigastrique.

« Tantôt cette pesanteur est fugace ; elle apparaît après le repas, puis disparaît sans incommoder sérieusement le malade. Tantôt, elle augmente au fur et à mesure que la digestion progresse, pour décroître et disparaître pendant que l'estomac se vide. Chez d'autres enfin elle persiste ; l'estomac est vide, il « pèse » encore au malheureux dont la neurasthénie est alors responsable de cette sensation fatiguante. On ne peut mieux la comparer qu'à la sensation de casque, si commune dans cette même maladie et à laquelle ne répond aucune lésion cérébrale, comme la pesanteur gastrique ne répond à aucune lésion de l'estomac. Pesanteur et plénitude gastriques sont deux phénomènes tout à fait connexes ; peut-être sont-ils plus intenses chez les malades atteints de dilatation avec stase énorme des ali-

ments, mais leur valeur est nulle au point de vue du diagnostic ». (Debove et Rémond).

A un degré plus avancé, des sensations douloureuses véritables se manifestent. Ces douleurs gastriques peuvent être spontanées, survenir à la suite des repas ou à des moments assez variables sous forme de sensations de brûlure ou de crampes. En même temps, des sensations de faim intense ; d'autrefois des nausées, des troubles nerveux divers, des malaises peuvent se manifester. Ces douleurs sont limitées à la région épigastrique. Elles sont généralement passagères et le malade les tolère assez bien. Ces douleurs spontanées sont réveillées ou exagérées par la pression au niveau de l'épigastre.

A côté de ces phénomènes qui occupent une place tout à fait secondaire dans l'ensemble du tableau clinique, il est des phénomèmes douloureux qui se placent au contraire au premier plan de la maladie. Telles sont les crises gastralgiques.

Ces crises gastralgiques peuvent apparaître à des moments variables, soit à jeun, soit immédiatement ou un certain temps après les repas. Elles peuvent se montrer à l'état isolé, commencer et se terminer brusquement ou au contraire, être un simple paroxysme survenant au cours de douleurs gastriques continues.

Rarement, la douleur survient d'emblée et atteint presque aussitôt son maximum d'acuité.

Le plus souvent elle est annoncée par un ensemble de prodromes parmi lesquelles on remarque ordinairement : une sensation pénible de tension épigastrique, de l'oppression, un malaise mal défini, des éructations, des nausées, du pyrosis, de la sialorrhée.

Au bout d'un temps variable la douleur disparaît. Les caractères de cette douleur sont très variables suivant les sujets.

Parfois elle consiste en une sensation de brûlure intolérable; d'autrefois, c'est une sensation de constriction violente du thorax, de resserrement en ceinture; d'autrefois, c'est une douleur pongitive, lancinante, térébrante.

Cette douleur a son maximum au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre gauche, au voisinage de l'appendice xyphoïde. La pression profonde pratiquée avec la paume de la main la calme quelquefois, alors que la pression pratiquée en un seul point avec l'extrémité du doigt l'exagère.

Cette douleur a des irradiations multiples. Elle s'irradie surtout dans le dos, entre les omoplates, sur les côtés du thorax, vers la base de la poitrine, dans les espaces intercostaux inférieurs, vers la région lombaire. Parfois elle se propage à toute l'étendue de l'abdomen, et jusqu'au cordon spermatique. Enfin, elle peut irradier le long du sternum, provoquer une sensation de brûlure et de constriction le long de l'œsophage et du pharynx. Dans d'autre cas, la douleur s'étend à la région

précordiale, irradie dans les membres supérieurs et simule l'angine de poitrine.

L'intensité des accès gastralgiques est des plus variables.

Quand l'accès est léger, limité à l'épigastre, la douleur est tolérable. Chez certains malades nerveux et chez les chlorotiques, elle est accompagnée de sensations de faim et de soif, de phénomènes nerveux variés.

Quand l'accès est intense avec irradations multiples l'angoisse est extrême, la douleur épigastrique intolérable. Le facies est altéré, les extrémités se refroidissent. Le moindre effort, le moindre mouvement exaspèrent la douleur. Le malade s'assied sur son lit, fléchit le tronc en avant, relâche tous les muscles abdominaux évitant de tousser, de respirer profondément et même de parler.

Parfois, l'accès s'accompagne de ralentissement du pouls et de phénomènes syncopaux. La durée de l'accès gastralgique est très variable. Parfois il dure seulement quelques minutes, un quart d'heure. D'autrefois il dure une demi-heure, une heure et même plusieurs heures.

La terminaison de l'accès peut-être graduelle ou brusque ; quelques phénomènes précèdent parfois la terminaison de l'accès. Ce sont des éructations, des vomissements de matières glaireuses, des mictions abondantes, un besoin de sommeil impérieux, une faim excessive.

Les accès peuvent se renouveller plusieurs jours de

suite, survenir au contraire irrégulièrement à plusieurs jours d'intervalle. Parfois, les accès sont subintrants, reparaissent plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

A côté des accès gastralgiques, nous décrirons les crises gastriques.

D'après M. le docteur Hayem, les crises gastriques comprennent trois ordres de symptômes : Douleurs, phénomènes moteurs spasmodiques et troubles de la sécrétion. Il faut y joindre un état de dépression nerveuse souvent remarquable.

Les crises gastriques n'atteignent pas toujours toute leur intensité d'emblée. L'appétit diminue de plus en plus, puis disparaît. Des douleurs apparaissent au creux épigastrique, passagères et légères tout d'abord, puis de plus en plus intenses et prolongées. Il se produit de la stase gastrique et enfin des vomissements apparaissent. En deux ou trois jours, la crise atteint toute son intensité.

Les douleurs sont extrêmement vives et se manifestent surtout sous forme de crampes dans la région pylorique. Elles s'accompagnent de contracture de la paroi abdominale qui est tendue et rétractée.

« Les vomissements sont précédés de douleurs très vives, sortes d'accès gastralgiques paroxystiques, accompagnés d'efforts spasmodiques et du rejet de liquides mêlés ou non d'aliments, de mucosités et colorés quelquefois par la bile ou même par une certaine quantité de sang qui leur donne l'apparence du marc de café. » (Hayem et Lyon).

A ces phénomènes, il faut joindre une inappétence absolue et un retentissement précoce et marqué sur l'état nerveux général. Le malade extrêmement abattu est obligé de s'aliter. Au moment des vomissements, tous les symptômes s'exagèrent ; le facies est pâle, contracté, les extrémités se refroidissent et se couvrent d'une sueur froide, le malade peut présenter l'aspect du collapsus.

Puis, subitement tous les phénomènes s'amendent et une détente brusque se produit.

Les accès peuvent recommencer après une courte période d'accalmie. Ils se renouvellent d'une manière extrêmement irrégulière.

Un certain nombre d'affections n'ayant aucun rapport avec l'estomac peuvent simuler les accès gastralgiques et les crises gastriques.

Telles sont les coliques néphrétiques, mais les phénomènes douloureux ont une localisation bien caractéristique. La palpation de l'uretère sur tout son trajet, même au niveau du rectum (toucher rectal), est douloureuse. Enfin il existe des phénomènes urinaires fort importants ; urines rares, foncées, parfois sanguinolentes.

Les coliques hépatiques surviennent généralement quelque temps après le repas. Le maximum de la douleur siège à l'épigastre au niveau de la vésicule biliaire, au bord externe du muscle droit de l'abdomen. Elle irradie surtout vers l'épaule droite. Enfin l'ictère sur-

vient fréquemment après la crise ou même durant cette dernière, si elle se prolonge.

Les coliques de plomb sont caractérisées par la constipation qui les accompagne, les antécédents du malade, le liseré saturnin au niveau des gencives. Une pression légère sur l'abdomen exaspère la douleur; une pression profonde et large la calme au contraire.

Les gastrites toxiques se distingueront surtout par les commémoratifs et les traces que laisse la substance caustique au niveau de l'arrière-gorge.

L'urémie gastrique sera accompagnée de céphalalgie, de troubles oculaires, d'albuminurie, de vomissements verdâtres abondants.

Les névralgies superficielles de la peau et des plans musculaires de l'épigastre ne seront pas accompagnées en général de phénomènes dyspeptiques et n'auront pas les mêmes irradiations douloureuses que la gastralgie proprement dite.

S'il est important de faire le diagnostic différentiel de la gastralgie; il ne l'est pas moins d'en faire le diagnostic étiologique, car nombreuses sont les affections qui peuvent lui donner naissance et le traitement de la douleur gastrique variera nécessairement beaucoup suivant la nature de l'affection.

Il existerait tout d'abord une gastralgie essentielle dont l'existence est affirmée par nombre d'auteurs, mais son domaine se retrécit tous les jours, au fur et à mesure que la pathologie stomacale est mieux connue. Nous ne nous y arrêterons pas.

L'accès gastralgique a le plus souvent une origine gastrique et nous sommes conduits à étudier les douleurs dans les gastrites.

Dans la gastrite irritative simple aiguë surajoutée à une gastrite chonique, on peut observer des douleurs à caractères variables, souvent très violentes, prenant l'allure des crises gastriques.

La gastrite subaiguë est latente le plus souvent.

La gastrite phlegmoneuse dans sa forme circonscrite s'accompagne de phénomènes aigus au début. Puis les douleurs cessent au moment de la formation de l'abcès. Dans la forme diffuse, il existe une douleur violente, accompagnée de vomissements fréquents et de sensibilité au niveau du creux épigastrique.

Les gastrites causées par des poisons mordants ou caustiques occasionnent des douleurs atroces dans la gorge, derrière le sternum et à la région épigastrique avec irradiation dans tout l'abdomen. Presque en même temps le malade ressent une angoisse poignante et est en proie à une dyspnée très pénible. L'ingestion des liquides les moins irritants, réveille les douleurs.

Les gastrites chroniques peuvent évoluer sans provoquer aucun symptôme subjectif (formes latentes).

Dans la forme dyspeptique chronique de la gastrite chronique, à la suite de l'ingestion des aliments ou à une période avancée de la digestion apparaissent des sensations pénibles (pesanteur, sensation de plénitude ou de vide stomacal, constriction). Mais rarement il

existe de véritables douleurs donnant des sensations de crampes, de brulûres.

Dans tous les cas, ces symptômes sont passagers et peu intenses. La pression de l'épigastre n'est pas douloureuse dans la plupart des cas.

Dans les formes nerveuses de la gastrite, l'élément douleur prend au contraire une importance capitale. Dans ces affections, toutefois, « la douleur dès qu'elle acquiert une certaine intensité, est toujours un phénomène nerveux surajouté, ne faisant qu'accessoirement partie du tableau clinique et dont on retrouve la cause dans certains écarts de régime ou dans l'abus des médicaments. Elle est presque toujours en rapport avec le repas, se produisant sous forme d'accès, soit immédiatement après l'ingestion des aliments, soit à une heure plus ou moins avancée de la digestion » (Hayem et Lion).

Pour M. le professeur Hayem la crise gastrique ne s'observe pas seulement dans les névroses et les maladies des centres nerveux; on la retrouve dans les formes nerveuses des gastrites et dans le cours des sténoses.

Dans l'hyperchlorydrie, les accès douloureux débutent généralement deux ou trois heures après les repas. La durée de chaque accès varie de quelques minutes à plusieurs heures.

Dans l'hypersecrétion continue (maladie de Reichmann), les phénomènes douloureux surviennent encore à la suite des repas. Dans la forme permanente de la mala-

die, il existe des accès nocturnes caractéristiques, terminés généralement par un vomissement. Dans la forme intermittente, les douleurs surviennent par crises séparées par des périodes d'accalmie.

Dans l'ulcère de l'estomac, les douleurs surviennent aussitôt après l'ingestion des aliments ; elles sont parfois exaspérées ou calmées suivant la position que prend le malade. Elles sont extrêmement intenses, mordicantes et térébrantes et ont généralement un siège double avec un point xiphoïdien et un point rachidien, exagérées par la pression, la palpation, réveillées par l'ingestion des aliments et pendant la digestion.

Dans le cancer de l'estomac la douleur est rarement violente. Le plus souvent elle est moins bien localisée que dans l'ulcère, sourde, lancinante.

Les accès gastralgiques qui surviennent aux cours des névroses s'accompagnent des symptômes particuliers à ces affections.

Dans l'hystérie, ils s'accompagnent fréquemment de perversion de la sensibilité spéciale de l'estomac, (pica, boulimie, etc.)

Dans la neurasthénie surviennent des accès douloureux qui débutent progressivement, ne sont pas très violents, mais persistent longtemps.

Les crises gastriques du tabes débutent le plus souvent brusquement, mais atteignent seulement progressivement leur maximum d'intensité. La douleur est extrêmement intense, accompagnée de phénomènes que nous avons mentionnés en étudiant les crises gastriques

Elles durent d'un à trois jours en moyenne et disparaissent le plus souvent brusquement.

A côté des crises gastriques du tabes, nous devons mentionner les crises gastriques essentielles (Leyden, Debove), qui pour ses auteurs ne dépendent pas d'une lésion, de la moelle, qui dépendent au contraire du tabes pour Charcot.

Dans la paralysie générale, dans les affections de la moelle (sclérose en plaques), on peut observer des crises analogues.

Nous noterons encore des gastralgies réflexes, qui surviennent dans les lésions de l'appareil utéro ovarien, dans la néphroptose. Elles sont caractérisées parfois par des douleurs gastriques extrêmement intenses. Il faudra les reconnaître et rechercher la cause en dehors de l'estomac.

Mentionnons les douleurs gastriques que l'on peut rencontrer dans certaines affections générales aiguës ou chroniques (tuberculose fièvre typhoïde, goutte) etc., et en particulier chez les syphilitiques dont les lésions anatomiques de l'estomac et les symptômes cliniques peuvent se présenter sous les formes les plus variées. « Anatomiquement, dit M. le Professeur Dieulafoy, les lésions syphilitiques de l'estomac se présentent sous forme d'érosions, ecchymoses de la muqueuse, infiltration gommeuse de la sous muqueuse, plaques gommeuses, gommes circonscrites, ulcérations gommeuses, cicatrices d'ulcère gommeux; cliniquement, ces lésions se traduisent par des symptômes qui, suivant leurs

allures et leur groupement, rappellent la dyspepsie, la gastralgie, l'ulcère de l'estomac, le cancer de l'estomac. Parfois se déclare un ensemble de symptômes simulant l'*ulcus simplex* de Cruveilhier ; dans quelques cas, la lésion syphilitique de l'estomac revêt le masque de l'*exulceratio simplex*.

Enfin dans d'autres circonstances, le malade atteint de troubles gastriques et d'amaigrissement présente en même temps une tumeur gastrique. On croit à un cancer. » Mais toutes ces lésions cèdent au traitement mercuriel et ioduré et surtout mercuriel.

Il est donc de la plus haute importance de s'informer si le malade a eu la syphilis pour diriger le traitement.

CHAPITRE II

Parmi les moyens thérapeutiques auxquels on devra avoir recours dans le traitement de la gastralgie, il en est de généraux, agissant non seulement sur l'estomac, mais encore sur l'organisme en général ; il en est aussi d'application locale visant plus spécialement l'organe malade.

I. — MOYENS GÉNÉRAUX

Les moyens généraux s'adressent pour la plupart plutôt aux phénomènes dyspeptiques en général qu'au symptôme douleur en particulier.

Aussi ne nous étendrons-nous pas sur l'importance du régime, de l'hygiène, de l'alimentation, sur les bienfaits de l'hydrothérapie.

Mais il existe cependant un point fort important à notre point de vue particulier. C'est l'utilité du repos de l'organisme dans la thérapeutique générale des douleurs gastriques.

Ce repos devra porter à la fois sur les fonctions physiques et sur les fonctions intellectuelles.

Il est de notion courante que les soucis, les chagrins favorisent notablement les gastralgies. La première indication sera donc de les dissiper dans la mesure du possible.

Le repos physique n'a pas moins d'importance. Par le simple repos au lit joint à un régime approprié, nous avons vu s'améliorer des malades souffrant de douleurs gastriques légères d'origine dyspeptique.

Dans les maladies stomacales qui s'accompagnent de phénomènes bruyants, la première indication est de soumettre le malade au repos absolu.

II. — MOYENS LOCAUX

Les moyens locaux sont ceux que nous nous attacherons surtout à étudier. Ils peuvent être divisés en deux grandes catégories suivant qu'ils font appel à des agents purement physiques ou à des agents médicamenteux.

A. — Moyens physiques

Ils répondent à des indications d'importance capitale qui sont : d'assurer le repos de l'organe, d'éviter la

stase gastrique et de pallier aux phénomènes congestifs qui accompagnent les lésions inflammatoires.

Les unes seront des procédés directs purement mécaniques, les autres agiront par action indirecte en provoquant une sorte de révulsion, ou la décongestion de l'estomac et des parties voisines.

a) Mécaniques. Action directe.

Les procédés mécaniques les plus importants sont : 1° le lavage de l'estamac ; 2° le massage de l'estomac ; 3° les opérations chirurgicales ; 4° on peut également ranger dans ces procédés la modification ou la suppression de l'alimentation.

1° *Lavage de l'estomac.* — Le lavage de l'estomac convient à l'hypersécrétion permanente (maladie de Reichman). Riegel conseille de boire un seul lavage avant le repas du soir. Si le malade est atteint de dilatation très prononcée, il sera bon de pratiquer deux lavages : un le matin et un autre le soir. Bouveret conseille dans les cas où le malade a des crises nocturnes très douloureuses de pratiquer le lavage vers dix ou onze heures du soir. D'ailleurs, ainsi que le fait remarquer Bouveret, le lavage « n'est indiqué que s'il existe une rétention gastrique assez marquée. Le lavage ne doit pas être employé à tout propos, car il enlève

beaucoup de résidus alimentaires et contribue à amaigrir le malade. »

Le lavage débarrasse l'estomac des liquides et des résidus dont la présence déterminerait des fermentations putrides ; il soulage l'estomac de sa surcharge. Enfin il stimule la conctraction des fibres musculaires et fait une sorte de pansement à la muqueuse gastrique. Par tous ces modes d'actions, il peut être fort utile dans le traitement des gastrites chroniques douloureuses. Mais il est contre — indiqué formellement dans l'ulcère, sauf dans les cas anciens et qui depuis longtemps n'ont pas été compliqués d'hémorragie (Bouveret). On devra également être très prudent dans le cancer. Enfin, chez les malades atteints d'angine de poitrine, chez les hémiplégiques, les cardiaques, les artério-scléreux congestifs, le lavage pourrait déterminer des accidents. (Deléage société de thérapeutique, 1895).

Les lavages pourront être faits à l'eau bouillie simple, à une température de 30°. On pourra les faire suivre de pansement au bismuth. Les hyperchlorydriques pourront bénéficier de cette méthode. M. le professeur Hayem en a retiré de très bons résultats dans les crises gastriques.

On pourra égalalement employer dans certains cas une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 pour 1000. On fait une série de dix à douze lavages, on en obtient des effets calmants et de plus une diminution de la secrétion gastrique.

2° *Massage.* — Le massage abdominal donne de bons résultats d'après Cautru, chez certains hyperchlorhydriques, mais seulement dans les cas qui reconnaissent pour cause une congestion de la muqueuse gastrique. Le massage, en activant la circulation abdominale, décongestionne la muqueuse et fait assez rapidement disparaître la gastrite hyperchlorhydrique. Mais le massage abdominal est absolument contre-indiqué dans l'hyperchlorhydrie nerveuse, presque toujours d'origine centrale. C'est alors le massage général qu'il faut employer.

D'après Cautru, les hypochlorhydriques sont de beaucoup les plus nombreux parmi les dyspeptiques qui souffrent et c'est surtout chez ces malades que le massage abdominal donne de bon résultats.

L'usage de l'H C L. peut dans certains cas calmer les douleurs de ces malades; le bicarbonate de soude à petites doses avant le repas peut donner également de bons résultats en facilitant la sécrétion chlorhydrique.

Mais ces différentes médications ne paraissent agir que sur le symptôme, sans s'adresser à la vraie cause de la maladie, qui est la congestion de la muqueuse gastrique par une mauvaise circulation (Cautru). Le massage donnerait au contraire dans ces cas des résultats sûrs, rapides et durables.

A l'appui de ce qu'il avance, le docteur Cautru a publié quelques observations qui paraissent fort concluantes. Nous en reproduisons rapidement les principales.

OBSERVATION I (Cautru).

Il s'agit d'une dame P... âgée de 40 ans, chez laquelle aucune des médications connues n'a eu d'effet durable. M. Cautru commence le massage le 19 novembre 1897. L'Hcl est à 4, le rapport $\frac{T}{F} = 1{,}90$ au lieu de 3 ; le liquide extrait par la sonde est peu abondant, mal émulsionné. Le 28 décembre, un mois environ après le début du traitement, le liquide retiré est abondant bien émulsionné ; l'Hcl est à 27 et le rappport $\frac{T}{F} =$ à 3,29.

OBSERVATION II (Cautru).

Dame de 42 ans souffrant depuis l'âge de 25 ans, de crises gastriques d'une extrême violence. Le 28 février 1893, l'Hcl est à 0 ; le 12 août de la même année, il monte à 25. Les crises ont disparu.

OBSERVATION III (Cautru).

Jeune homme de 25 ans, atteint de gastrite hypopeptique dont il souffre depuis deux ans.

Le 1er juillet 1892, l'analyse du suc gastrique nous montre l'Hcl à 0. M. Cautru fait plusieurs massages de l'abdomen et, le 23 décembre, l'Hcl atteint 18. Mais ce n'est que le

12 avril 1893 que l'Hcl est à 36, les autres chiffres du chi misme étant normaux. Le malade a gagné 15 livres et se déclare guéri.

La douche épigastrique pourrait exercer une action analogue au massage d'après certains auteurs ainsi que nous le verrons plus loin.

3° *Interventions chirurgicales.* — Les interventions chirurgicales peuvent faire disparaître les phénomènes douloureux que l'on rencontre au cours des affections gastriques et cela suivant des modes différents.

Tout d'abord, en enlevant la partie malade quand les lésions sont localisées. C'est ainsi qu'un certain nombre de chirurgiens (Mickulicz, Hofmeister, Krozius, etc.) ont pratiqué la résection de l'ulcère stomacal. Mais la résection a surtout été appliquée aux tumeurs du pylore et elle a donné des résultats remarquables dans un certain nombre de cas.

A côté des opérations radicales, il en est d'autres qui paraissent devoir acquérir une importance considérable dans le traitement de certaines affections stomacales douloureuses. Ce sont des opérations d'abouchement (gastro-entérostomie).

La gastro-entérostomie a donné d'excellents résultats non seulement dans le cancer, mais encore dans l'ulcère stomacal, dans la gastro-succhorée, avec rétention alimentaire.

Cette opération n'a pas seulement l'avantage de réta-

blir dans certains cas une issue du côté de l'intestin ; elle agit également en supprimant la stase sanguine et le résultat est parfois une modification favorable du chimisme stomacal.

OBSERVATION IV (Hartmann et Soupault).

Le nommé W... E..., âgé de 35 ans, journalier, nous est adressé à l'hôpital Bichat le 5 février 1898 par le docteur Achard. Le malade se plaint de douleurs gastriques intenses. Le début de sa maladie remonte à cinq ans environ. Depuis cette époque, il a eu plusieurs crises dans l'intervalle desquelles son état gastrique s'améliorait au point qu'il pouvait se croire guéri. La crise actuelle dure depuis cinq mois et elle est notablement plus forte que les précédentes. De plus est apparue, il y a environ un mois, une hématémèse qui a été constatée par M. Huchard, dans le service duquel le malade est resté pendant quelque temps. Cette hématémèse peu abondante se présentait sous l'aspect d'un liquide noirâtre, analogue à de la suie délayée. Cette légère gastrorrhagie, qui ne s'est pas reproduite, semble s'être accompagnée de mélœna.

Actuellement, la maladie de W... est essentiellement caractérisée par des douleurs violentes. Nulles quand ce malade reste à jeun, elles se montrent environ deux heures et demie à trois heures après l'ingestion des aliments. Elles ont leur maximum au niveau de la région pylorique, mais irradient en contournant le thorax du côté droit jusque dans le dos. Elles sont comparées par le malade à la sensation que produirait une vive brûlure. La nuit, elles réveillent le malade.

Elles durent en général quatre ou cinq heures, jusqu'au repas suivant. Elles sont calmées par l'ingestion de boissons ou d'aliments. Les vomissements manquent presque complètement. Après l'hématémèse dont nous avons fait mention, le malade a rendu plusieurs fois de suite environ quatre ou cinq heures après son déjeuner, un verre de liquide blanc, muqueux, filant, très acide, sans aliments. Ces sortes de vomissements sont très fréquents chez les gastrosuccorrhéiques. Actuellement, le malade ne vomit plus.

Ajoutons, pour terminer l'énumération des renseignements fournis par le malade, que des lavages pratiqués le matin à jeun n'ont jamais évacué de matières alimentaires.

L'appétit, chez ce malade, s'est conservé jusqu'à ces derniers mois, mais il s'abstient de manger pour éviter des souffrances. Il supporte, au contraire, sans aucune douleur, d'assez grandes quantités de lait. Toutefois, depuis trois mois, cet appétit a considérablement diminué.

Les douleurs, l'insuffisance de l'alimentation, ont amené un amaigrissement de 18 kilogr. en cinq mois. Le malade se sent aussi très fatigué et incapable de tout travail. La constipation est opiniâtre.

Examen physique. — L'inspection montre que le ventre est assez fortement déprimé. A la palpation, on constate une douleur vive au niveau de la région pylorique, douleur assez nettement localisée. Cette douleur provoque une contraction de défense du muscle grand droit, qui empêche la palpation de la région stomacale sous-jacente. L'estomac n'est pas dilaté. On ne perçoit pas de clapotage à jeun. La percussion auscultée (avec le phonendoscope) après insufflation de l'organe par un mélange effervescent, montre que l'estomac est de dimensions normales.

Il s'agit donc ici, pour employer la terminalogie adoptée par M. Hayem, d'une hyperpepsie chlorhydrique avec prolongation de la digestion.

Opération. — Nous pratiquons la gastro-entérostomie postérieure (procédé de Von Hacker), le 14 février 1898. Il existe quelques adhérences de la vésicule biliaire à la première portion du duodénum et à la région pylorique.

La partie de l'estomac qui avoisine le pylore est un peu indurée sans tumeur nette.

L'examen des fonctions gastriques a été pratiqué le 9 mars, trois semaines après l'opération. Au point de vue fonctionnel, on peut noter la disparition absolue des douleurs et le rétablissement complet des fonctions gastriques.

L'état général s'améliore parallèlement, le malade engraisse progressivement de 49 kilogr., poids le 13 février, la veille de l'opération. Il monte à 50 kilogr. le 1er mars, à 57 le 12, à 63 le 22 mars, soit une augmentation de 14 kilogr. en moins de sept semaines. Les forces et l'entrain reparaissent. Les selles deviennent abondantes. Les dimensions de l'estomac ne sont pas modifiées. La percussion après insufflation donne absolument la même figure qu'avant l'opération.

Après douze heures de jeûne, on pratique le cathétérisme de l'estomac. L'organe contient une petite quantité de bile, qu'il est difficile d'extraire sans amorcer le siphon, mais qui vient en introduisant un peu d'eau dans l'estomac.

Cathétérisme. — L'estomac est sondé après un jeûne de quatorze heures. On ne retire aucun fragment alimentaire, même après un lavage. Mais il existe dans l'estomac un liquide muqueux, filant, blanc, légèrement verdâtre. La quantité retirée est d'environ 60 centimètres cubes. Son acidité est de 2,20 pour 1,000. Il présente, à un haut degré, les

réactions qualificatives de l'Hcl libre. Il n'y a ni peptone ni matières amylacées. C'est donc du suc gastrique pur.

Le lendemain matin, à jeun, sans cathétérisme préalable, il est donné un repas d'épreuve, composé de 60 grammes de pain et 250 grammes d'eau distillée.

La quantité de liquide retiré au bout d'une heure est de volume moyen.

Acidité totale	2,18 p. 1,000

Réactions qualificatives de l'Hcl libre très intenses. Pas d'acide lactique. Réaction des peptones et des amylacés très marquée.

Chlore total	3,69 p. 1,000
Chlore fixe.	1,09 —
Chlore libre	0,75 —
Chlore combiné	1,85 —
Chlorhydrie	2,60 —
$\frac{T}{F} = 3,34$	0,77 —

Le lendemain, nouveau repas sans cathétérisme préalable. Extraction au bout d'une heure et demie au lieu d'une heure.

Acidité totale	2,85 p. 1,000

Mêmes réactions qualificatives que précédemment.

Chlore total	4,30 p. 1,000
Chlore fixe.	1,55 —
Chlore libre	1,15 —
Chlore combiné	1,60 —
Chlorhydrie	2,75 —

$\frac{T}{F} = 2,78.$

Cathétérisme préalable, le repas d'épreuve habituel. Extraction au bout d'une heure.

Coloration du liquide vert assez foncé, bilieux ; on peut y produire avec l'acide nitrique nitreux la réaction de Gmelin. Après filtration, le liquide est rosé ; la bile étant précipitée, reste sur le filtre ; la quantité est moyenne.

Acidité totale . . . . . 1,76 p. 1,000

Réaction du vert brillant et du Gunzbourg montrent que l'Hcl est en proportion médiocre. Les réactions des peptones et de l'amidon sont normales.

Pas d'acide lactique.

Chlore total	4,03 p. 1,000
Chlore fixe.	2,30 —
Chlore libre	0,41 —
Chlore combiné	1.32 —
$\frac{T}{F} = 1,73$	1,00 —

Il est fait trois jours après une deuxième analyse. Le repas d'épreuve est extrait au bout de 90 minutes.

La quantité en est plus abondante, environ 225 centimètres cubes ; s'il y a moins de résidus alimentaires, la quantité de liquide en est plus abondante ; il y a toujours de la bile, mais la teinte verte est certainement beaucoup moins accentuée : la réaction de Gmelin est cependant nette.

Acidité totale. . . . . 2,73 p. 1,000

Réaction de l'Hcl libre très intense.

Réaction des peptones et de l'amidon moins nettes que précédemment.

Chlore total	4,78 p. 1,000
Chlore fixe.	2,10 —
Chlore libre	1,53 —
Chlore combiné	1,15 —
Chlorhydrie	2,68 —

Carle et Fontino (*Considérations sur 84 cas de chirurgie stomacale et sur l'emploi du bouton de Murphy*; *Riforma med.*, 23, 24, 25 et 26 août 1897), ont constaté que chez les hyperchlorhydriques, l'hyperchlorhydrie disparaît après la gastro-entérostomie ; souvent même on observe une diminution de l'Hcl libre.

L'hyperchlorhydrie et l'anachlorhydrie persistent au contraire après l'amélioration de la fonction motrice.

Les modifications du chimisme stomacal, à la suite des interventions chirurgicales tendent à prouver que l'hyperchlorhydrie est la conséquence de la stase alimentaire.

Rosenheim et Boas admettent de leur côté que la gastro-succorrhée disparaît après la gastro-entérostomie.

4° *Modification ou suppression de l'alimentation buccale.* — La suppression de l'alimentation peut être partielle (régime, diète lactée, etc.). Elle peut également être absolue et s'adresse surtout alors à l'ulcère de l'estomac. Williams, Donkin ont préconisé cette méthode dans l'ulcère rebelle. Les malades sont nourris par voie rectale, jusqu'à ce que la douleur, les vomissements, les hémorragies aient cessé. Ils reprennent ensuite par la voie buccale d'abord du lait, puis des aliments choisis avec soin. Donkin fait administrer de deux heures en deux heures, ou quelquefois de six heures en six heures, un lavement évacuateur suivi d'un lavement nutritif.

Dans certaines dyspepsies douloureuses, il faudra se

souvenir que le défaut de mastication (repas pris précipitamment, vieillards édentés) peut jouer un rôle fort important dans l'étiologie des accidents et l'on devra recommander aux malades de n'avaler que des aliments bien divisés.

a) Action locale indirecte.

Dans ce groupe nous placerons en premier lieu les révulsifs (vésicatoires, teinture d'iode, pointes de feu). Leur usage est beaucoup moins courant qu'il ne l'était il y a quelques années.

Nous mentionnerons également l'électrisation localisée qui donnerait parfois de bons résultats.

Mais nous insisterons surtout sur les applications de compresses humides au niveau du creux épigastrique. Dans toutes les affections inflammatoires, dans tous les cas accompagnés de périgastrite, dans les gastralgies de l'hyperpepsie et de l'ulcère, ce moyen donnera d'excellents résultats. Nous avons pu en observer les bons effets dans quelques cas que nous relatons ci-dessous. Les compresses humides froides appliquées au creux épigastrique, jointes au repos, suffiront parfois à améliorer notablement le phénomène douloureux.

OBSERVATION V (Personnelle).

Ernest D..,, âgé de 29 ans, ébéniste, entre le 1er septembre 1899, dans le service de M. Béclére, suppléé par M. Lyon, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Marjolin, nº 30.

Ce malade présente dans ses antécédents personnels : la scarlatine et la rougeole dans l'enfance, une fièvre typhoïde à 20 ans.

Il n'a jamais fait, prétend-il, de grands excès alcooliques. Mais il est assez gros mangeur et boit du vin pur à ses repas (un litre et demi par jour environ). Il boit aussi du café après tous les repas et de temps à autre un petit verre d'eau-de-vie.

Depuis longtemps le malade est habituellement constipé, il a des renvois acides et des douleurs passagères accompagnées de sensations de faim dans l'après-midi.

Depuis six mois environ, les douleurs ont beaucoup augmenté. Le malade a consulté un médecin qui lui a fait prendre divers médicaments et en particulier du bicarbonate de soude. Au début, le malade a été calmé. Mais depuis trois ou quatre semaines environ, les douleurs sont devenues très violentes, survenant par crises dans l'après-midi, vers trois ou quatre heures de l'après-midi et la nuit vers trois ou quatre heures du matin. Ces douleurs sont parfois accompagnées de vomissements de parcelles alimentaires et de liquides glaireux acides. Le médecin qui le soignait a voulu le mettre au régime lacté, le malade prétend n'en avoir retiré aucun soula-

gement et n'a d'ailleurs pas continué. Il a beaucoup maigri depuis un mois et se sent très faible.

La palpation de l'épigastre est douloureuse et dans la région stomacale on perçoit un certain empâtement profond. Pas de dilatation appréciable.

Le malade est mis au repos absolu. On lui donne uniquement du lait coupé d'eau bouillie et on applique sur la région épigastrique une vessie de glace en permanence.

Dès les premiers jours de ce traitement les douleurs diminuent. Le malade n'a pas de vomissements.

Au bout de huit jours la douleur à la pression a totalement disparue au niveau de l'épigastre. Les crises douloureuses ont également cessé. La palpation de l'estomac ne révèle aucune trace de l'empâtement que l'on avait constaté au début.

On supprime la glace.

On permet au malade de se lever. On lui donne quatre litres de lait par jour et deux œufs à la coque.

Le 12 septembre le malade est mis an deuxième degré.

Le 18 septembre le malade sort de l'hôpital en fort bon état. Il ne ressent plus de douleurs stomacales.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Leuis C..., âgé de 38 ans, garçon boucher, entre le 3 août 1899, dans le service de M. le docteur Béclére, suppléé par M, le docteur Lyon à l'hôpital Saint-Antoine, salle Marjolin, nº 18.

Ce malade se rappelle seulement avoir eu la variole à 16 ans.

Il a fait son service militaire en Afrique et a fait à ce moment de grands excès alcooliques.

Il a eu également des fièvres palustres. Il a souffert à diverses reprises de l'estomac depuis une dizaine d'années.

Il est buveur et a des pituites le matin.

Actuellement le malade se plaint de souffrir aussitôt l'ingestion des aliments.

La douleur est plus ou moins vive selon les jours et la nature des aliments ingérés. Elle se prolonge pendant trois ou quatre heures assez violente, puis diminue, mais persiste le plus souvent sourde et continue

Le malade dort mal la nuit, a des cauchemars et parfois souffre beaucoup de l'estomac. Des vomissements surviennent assez souvent après le repas. Jamais de vomissements de sang. Le malade ressent souvent à leur suite un soulagement notable. Constipation opiniâtre.

La palpation de l'épigastre est douloureuse; pas de dilatation appréciable.

On met le malade au repos au lit; on lui met des compresses humides froides en permanence au devant de l'épigastre. On ne lui donne que du lait coupé d'eau de Vichy.

Au bout de cinq jours, les douleurs ont à peu près disparu, le sommeil est meilleur. La palpation de l'estomac n'est plus douloureuse. Le malade réclame à manger. On ne lui donne que du lait et des œufs. Le 11 août, il quitte l'hôpital volontairement. Il est trés amélioré; ne souffre pas de l'estomac. On ne lui a pas encore donné autre chose que du lait et des œufs.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

L... Jules, âgé de 36 ans, voyageur de commerce, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Marjolin, n° 15, dans le service de M. Béclére, suppléé par M. Lyon, le 13 août 1899.

Ce malade ne se rappelle pas avoir eu de maladie aiguë ; mais il a été très buveur pendant plusieurs années et c'est à la suite d'excès de table qu'il a commencé à souffrir de l'estomac. Il a d'ailleurs l'habitude de manger rapidement, à des heures irrégulières. Il a été très surmené dans les derniers temps.

Depuis plusieurs années, il a souffert à plusieurs reprises de l'estomac. Mais il n'a jamais encore souffert autant qu'à l'époque présente.

Etat actuel : le malade est de corpulence moyenne. Il a les traits tirés et paraît plus vieux que son âge ne le comporte.

Il a d'ordinaire bon appétit et mange beaucoup.

La soif est vive et fréquente. Le malade est très constipé. Il ressent des douleurs très vives au niveau de l'épigastre. Les douleurs sont presque continuelles ; mais elles sont très marquées surtout la nuit et quand le malade est à jeun. L'ingestion des aliments les calme momentanément. Mais elles reparaissent deux ou trois heures après.

Le malade ressent également fréquemment du pyrosis. Il perçoit une sensation de brûlure, partant de l'épigastre et remontant le long du sternum

Enfin, il vomit fréquemment, les vomissements sont acides.

alimentaires et surviennent quatre ou cinq heures environ après les repas.

La langue du malade est rouge. L'estomac ne paraît pas notablement dilaté. On ne perçoit pas de clapotage au dessous de l'ombilic.

Depuis plusieurs jours le malade ne peut dormir à cause de la persistance et de l'intensité des douleurs gastriques.

Le malade est mis au repos absolu au lit. On le met au régime lacté (lait coupé d'un tiers d'eau), et on lui fait appliquer des compresses froides en permanence sur l'épigastre. Au bout de huit jours, amélioration notable des symptômes douloureux. Le malade ne vomit plus. Il dort la nuit. Au bout de quatre jours il ne souffre plus, mange des œufs et des potages. Il sort sur sa demande le 22 août 1899. Il n'a pas été revu depuis lors.

Les compresses chaudes donnent également de bons résultats dans quelques cas. Les applications chaudes déterminent en effet une vaso-dilatation passagère suivie bientôt de vaso-constriction assez durable et par ce mécanisme la muqueuse stomacale pourra se décongestionner.

A l'intérieur des boissons chaudes ont également une action sédative marquée et suffisent à calmer parfois les phénomènes douloureux.

Les douches épigastriques peuvent être superficielles ou profondes. Ces douches peuvent être exclusivement froides, alternatives ou écossaises. On emploie les deux premières pour produire des effets excitants ou relatifs et

la troisième pour déterminer une action sédative ou analgésique.

La douche stomacale pourra être utilisée pour remplacer le massage de l'estomac.

La douche épigastrique superficielle a pour effet d'exciter lentement l'estomac et de provoquer des contractions musculaires qui facilitent le brassage des aliments contenus dans le muscle.

Dans les cas de gastralgie nerveuse pure ou accompagnée de lésions glandulaires, on pourra remplacer la douche superficielle par une affusion sous pression avec de l'eau légèrement tiède.

La douche superficielle épigastrique joue le rôle de calmant. On peut y joindre une douche générale en pluie de courte durée. Elle convient surtout à la première période de la digestion.

La douche profonde épigastrique peut au contraire se substituer au massage profond évacuateur. On la pratiquera trois ou quatre heures après le repas, alors que la digestion devrait être faite physiologiquement, mais qu'il s'est développé dans l'estomac des fermentations acides ou qu'il reste des résidus alimentaires.

Le docteur Fleury dans son traité d'hydrothérapie rapporte 33 observations tant de dyspepsies que de gastralgies soignées et guéries, pour la plupart, par la douche épigastrique superficielle et profonde.

III. — MÉDICAMENTS.

Les médicaments qui calment les douleurs gastriques peuvent être répartis en plusieurs groupes.

Les uns agissent généralement comme analgésiques locaux ou généraux.

Les autres modifient le contenu de l'estomac ou influencent la fonction de l'organe.

Un troisième groupe comprend les corps inertes pulvérisés qui agissent simplement comme absorbants et établissent un pansement local.

Les Analgésiques.

Nous citerons en première ligne le *chlorhydrate de cocaïne*, à cause des bons effets que nous avons vu obtenir. C'est un médicament difficile à manier, mais associé au chlorhydrate de morphine et à l'eau de chaux, selon la formule de M. le professeur Dieulafoy, on obtient des résultats surprenants, non seulement contre les douleurs de faible intensité d'origine nerveuse ou dyspeptique, mais aussi contre les douleurs violentes de l'ulcère simple et même du cancer.

Et dans la clinique de l'Hôtel-Dieu, tome I, leçon 13, M. le professeur Dieulafoy relate une observation, dont

nous avons d'ailleurs été le témoin. Il s'agissait d'un homme atteint d'ulcère transformé en cancer, dont les douleurs étaient des plus violentes et l'intolérance de l'estomac absolue. Les piqûres de morphine, l'antipyrine, rien n'agissait. « Comme l'expérience prime la théorie, dit M. le professeur Dieulafoy, je fis préparer la solution d'eau de chaux :

Eau de chaux..... 100 grammes
Chlorhydrate de cocaïne, 3 centigrammes
Chlorhydrate de morphine 1 centigramme

On donna toutes les heures une grande cuillerée de lait glacé additionné d'une cuillerée à café de la préparation d'eau de chaux. On mit en outre un sachet de glace en permanence sur la région épigastrique. Le résultat ne se fit pas attendre. Dès le lendemain, les douleurs étaient moins vives et la douleur stomacale avait diminué. On donna toutes les heures deux cuillerées de lait et on put augmenter progressivement la dose sans provoquer de vomissement ; on arriva ainsi à faire prendre au malade 60 gr., 80 gr., 100 grammes de lait toutes les heures, avec addition d'eau de chaux, si bien qu'au bout d'une quinzaine de jours les douleurs avaient presque disparu et le malade absorbait sans vomissement une dose journalière de 1200 à 1500 grammes de lait. »

Le *chloroforme* peut être employé sous forme d'eau chloroformée. L'eau chloroformée sera étendue d'eau, car en nature elle pourrait provoquer des sensations de brûlure, même des crises douloureuses : mais ce médi-

cament ne convient pas à toutes les formes de gastralgie. Il est en effet assez irritant et ne donnera pas de bons résultats dans les cas de congestions intenses et d'inflammation de la muqueuse gastrique. Il faudra le réserver aux gastralgies légères.

L'éther, sous forme de sirop on en potion, est inférieur au chloroforme dans le traitement de la gastralgie.

Le *cannabis indica* a été discuté par G. Sée. C'est un médicament dangereux qui demande à être administré avec beaucoup de prudence. Pour G. Sée, c'est le véritable sédatif de l'estomac. Il doit être employé sous forme d'extrait alcoolique à dose de 0 gr. 05 par jour sous forme de potion divisée en trois prises ; au delà de cette dose, il produit l'ébriété (G. Sée).

L'opium et ses alcaloïdes pourraient être utilisés avec succès dans le traitement de la gastralgie. On pourra l'administrer sous forme d'extrait thébaïque, de laudanum, de teinture d'opium.

On pourra également utiliser les piqûres de *morphine* dans les cas d'intolérance stomacale. Mais on devra en user avec prudence et réserver la morphine aux affections incurables, telles que le cancer ou aux crises gastriques très douloureuses et prolongées du tabès. Il n'est pas de malades qui deviennent plus facilement morphinomanes que les dyspeptiques gastralgiques.

Le *chlorate de soude* a été employé avec succès par M. le Professeur Brissaud, dans le traitement du

cancer de l'estomac et des soulagements considérables ont été observés par lui.

L'*extrait de belladone* employé à l'intérieur à doses de 0,01 centigr. à 0,05 centigr. peut calmer dans certains cas les douleurs gastriques.

L'action de *l'atropine* dans le traitement de la gastralgie et son action sur la sécrétion stomacale a été fort contestée.

La diminution de la sécrétion gastrique sous l'influence de l'atropine avancée par Netchaïew et Panow, n'a pas été confirmée par le professeur Hayem ni par Bouveret.

Cavazzani (*Riforma med.*, 3 juillet 1896) relate une observation de gastro-succhorée où le traitement par l'atropine qui a été préconisé à diverses reprises contre cette affection n'a donné que de mauvais résultats.

Chaque fois que l'atropine a été administrée, sont survenus des douleurs, des vomissements, de l'agitation, nécessitant l'interruption rapide du traitement. Les analyses répétées du suc gastrique ont montré que l'hypersécrétion et la teneur du suc gastrique en acide chlorhydrique n'étaient pas modifiées. Sans tirer de conclusions, que l'observation d'un fait isolé ne comporte pas, Cavazzani émet l'opinion que l'on doit être prudent dans l'administration de l'atropine chez les malades atteints d'hypersécrétion, et qu'il faut prescrire ce médicament uniquement chez ceux que l'on peut suivre journellement.

Plesoianu (Thèse de Paris, 1897) relate quatre cas

d'hyperchlorhydrie traités par l'atropine sous la direction du docteur Mathieu. Il a constaté une amelioration évidente au point de vue de la douleur, de la motricité et du chimisme stomacal.

La dose quotidienne de sulfate d'atropine variait de 1 milligramme à 2 milligrammes et demi. On comprend que ce médicament soit susceptible de modérer les sécrétions gastriques.

Riegel (*Wiener. Klin, Voch.* 17 août 1899) a expérimenté sur les animaux l'action de l'atropine sur la sécrétion gastrique.

Il a constaté que la sécrétion gastrique diminuait de 1/8 ou de 1/10 sous l'influence de l'atropine. L'acidité diminuerait de 1/2 ou de 1/3.

Même chez l'homme où il n'est pas possible d'avoir une sécrétion pure, on a constaté l'action puissante de l'atropine pour arrêter la sécrétion et l'action de la pilocarpine pour l'augmenter.

Riegel croit, d'après une expérience de plus de 80 cas, que l'atropine est un puissant *moyen thérapeutique*.

La *solaniñe* est un produit extrait de diverses espèces du genre solanum.

Desnos l'a employée dans dix-neuf cas d'affections de l'estomac avec gastralgie, à des doses variant de 5 à 10 centigrammes par jour en deux fois.

Il a observé la sédation ; puis la cessation de la douleur et des vomissements se produisant d'une façon rapide. Il faut en général revenir deux ou trois fois à

l'usage de ce médicament avant que les douleurs aient complètement disparu.

En dehors de cette sédation de la gastralgie et des vomissements, l'auteur a noté rarement de la dilatation pupillaire ; quelquefois de la somnolence, des nausées, un peu de diarrhée.

L'*orthoforme* a été employé par Kindler (*Forts. de Med.*, n° 71, 1899), dans quelques formes douloureuses d'affections stomacales. Cet auteur a employé l'orthoforme en solutions aqueuses. Le malade doit, quand il a bu la solution, changer de place afin d'atteindre toutes les parties de l'estomac.

Ce remède n'a pas, d'après l'auteur, d'action calmante dans le catarrhe gastrique, les gastralgies chlorotiques, les crises gastriques simples ; il réussit dans les cas d'ulcérations carcinomateuses ou d'ulcères simples.

L'action du médicament dépend de l'état de vacuité de l'estomac ; il réussit mieux à jeun.

L'écorce de Condurango si fréquemment employée dans le traitement des diverses affections gastriques, notamment dans le cancer de l'estomac, exercerait une action calmante des plus nettes sur les douleurs stomacales d'après M. Lemoine (de Lille).

Cet auteur a l'habitude d'administrer chaque jour 5 à 8 pilules contenant chacune 0 gr. 10 centigrammes de poudre de condurango, quand il s'agit de calmer des douleurs gastriques rebelles aux autres moyens thérapeutiques, et surtout les souffrances si pénibles du can-

cer de l'estomac. Cette médication donnerait presque toujours de bons résultats et permettrait souvent de prolonger la vie des malades en facilitant leur alimentation.

Chez un sujet atteint d'ulcère rond de l'estomac, M. Lemoine a vu les douleurs et les vomissements qui avaient résisté à la cocaïne cesser rapidement par l'emploi de la poudre de condurango, administrée en pilules de 0 gr. 15 centigrammes à la dose de quatre par jour.

Basch conseille de donner 0,25 centigrammes d'*antipyrine* par cuillerée à soupe toutes les heures pendant les crises gastriques.

Quoi qu'il en soit, tous ces agents médicamenteux peuvent avoir des résultats immédiats excellents, et leur emploi sera formellement indiqué dans les cas de douleurs intolérables et dans les affections incurables, mais ils ont pour la plupart des inconvénients appréciables, sont parfois inefficaces et n'ont qu'une action extrêmement temporaire.

Modificateurs du contenu de l'estomac ou de la fonction gastrique. — Au premier rang se place le *bicarbonate de soude.* Son action a été vivement discutée.

Donné à faible dose, le bicarbonate de soude augmente la sécrétion de l'acide chlorhydrique (Jonarski, Geigel et Cabent, du Mesnil, Linossier et Lemoine).

Donné au commencement du repas, le bicarbonate de soude suspendrait la sécrétion de la pepsine (Linossier et Lemoine).

D'après Gilbert, la prise simultanée de la viande et de l'eau de Vichy a peu d'influence sur la fonction digestive, si la solution alcaline est faible. Si, au contraire, on se sert d'une solution forte (20 pour 100), le contenu stomacal reste alcalin pendant la première demi-heure, et le travail digestif est entravé.

Pour Mathieu et Laboulais l'ingestion de 0 gr. 850 de bicarbonate de soude, une demi-heure avant le repas, n'a pas d'influence appréciable sur l'état chimique du suc gastrique. Trois grammes de bicarbonate de soude, pris une demi-heure, puis une heure après le repas d'épreuve, ont amené la diminution de la sécrétion chlorhydrique.

D'après M. Hayem, quatre à huit grammes de bicarbonate de soude, administrés une heure avant le repas, déterminent une excitation stomacale. Une dose de 10 à 16 grammes, administrée au cours de la digestion, amène la diminution de la chlorhydrie et de la chlorurie, et le plus souvent, pas toujours, la diminution de l'acidité totale.

Administré à doses massives, un peu avant la fin de digestion, le bicarbonate de soude abrège la durée de la période digestive, d'après M. Hayem.

Pour calmer les douleurs des hyperchlorhydriques, M. Mathieu conseille de donner le bicarbonate de soude dès que la douleur s'annonce, à dose suffisante pour l'empêcher de se produire.

« Quand il y a hypersécrétion continue, cette action doit être plus énergique encore. Il importerait de

donner des doses suffisantes de substances alcalines, 15 à 20 grammes de bicarbonate de soude par jour. On peut employer dans le même but, l'eau de chaux, la craie préparée, la magnésie calcinée, etc., etc. » (Mathieu).

Nous donnons ci-dessous une observation d'Alibert, montrant les heureux effets des alcalins à haute dose, dans la gastralgie hyperchlorhydrique.

OBSERVATION IX (Alibert)

Gastralgie hyperchlorhydrique guérie par les alcalins à hautes doses.

M. M..., 45 ans, employé, tempérament nerveux, bonne santé habituelle. Pas d'antécédent pathologique digne d'être noté. A la suite d'un voyage précipité et très fatigant fait en Allemagne au commencement d'octobre 1890, M. M... est pris, deux jours après son retour, d'une douleur sourde, continue, au creux épigastrique, sans exacerbation après les repas.

Le malade a de l'insomnie et accuse de la fièvre dont l'existence n'a pas été vérifiée.

Pendant les premiers jours, je n'eus pas occasion de voir le malade qui, de son propre chef, prit tous les jours 2 ou 3 grammes d'antipyrine et une cuillerée à soupe de sirop de chloral le soir en se couchant ; en outre il prit aussi 3 ou 4 gouttes de laudanum au moment des repas. La fièvre et l'insomnie ayant cessé rapidement, le malade interrompit l'usage

du chloral et de l'antipyrine pour ne plus prendre que le laudanum.

Le 14 octobre, je vois le malade pour la première fois dans mon cabinet, je suis frappé tout d'abord par l'amaigrissement considérable de mon client, son teint pâle et l'expression de souffrance empreinte sur ses traits.

Une palpation minutieuse de la région épigastrique et abdominale ne me fait rien découvrir d'anormal, mais la douleur provoquée par cette pression détermine une contraction réflexe des muscles de la paroi qui rend cette exploration très difficile. A part les symptômes déjà signalés, le malade se plaint de constipation ; je prescris des prises de magnésie, belladone et noix vomique, à prendre avant les repas.

Une amélioration rapide s'étant manifestée, mais la constipation persistant, je fais suspendre l'usage de la noix vomique et continuer le mélange de magnésie et de belladone.

A partir du 20 octobre les douleurs épigastriques reparaissent sans aucune régularité et sans relation sensible avec les heures des repas Ces douleurs alternent avec des douleurs rétro-sternales et rachidiennes très pénibles que le malade attribue au rhumatisme et pour lesquelles il va, sans me demander avis, prendre des bains de vapeur.

Le 29 les douleurs étaient si vives et la palpation au niveau du creux épigastrique si sensible que je prescrivis l'application d'un petit vésicatoire sur cette région, lequel devait être pansé matin et soir, pendant deux jours avec un centigramme de chlorhydre de morphine ; à l'intérieur, je prescrivis un mélange à parties égales de gouttes noires et de teinture de jusquiame.

Les jours suivants amélioration très notable au point que le malade put se croire guéri.

Mais le 2 novembre, les douleurs reparurent, tantôt épigastriques, tantôt thoraciques ou rachidiennes. L'amaigrissement et la faiblesse du malade faisaient des progrès très sensibles ; la marche était devenue presque impossible tant à cause de la faiblesse qu'à cause des douleurs qui à chaque pas se faisaient sentir au niveau du creux épigastrique.

Dans la nuit du 13 au 14, à minuit et demi, à 2 heures et 1/4 et à 3 heures 1/4, le malade est pris subitement de douleurs tellement aiguës qu'il ne peut s'empêcher de crier ; le moindre attouchement de la région épigastrique provoquait une recrudescence des douleurs ; le poids seul des couvertures était intolérable ; le malade dut s'asseoir sur son lit et se pencher fortement en avant pour calmer un peu ses souffrances.

Le 14, le malade, convaincu qu'il avait affaire à des douleurs rhumatismales et croyant avoir éprouvé une amélioration par l'usage des bains de vapeur, voulut essayer avec ma permission une nouvelle application de ce mode de traitement.

Les journées du 15 au 18 novembre furent excellentes. L'appétit qui n'avait jamais disparu complètement, était redevenu très bon, plus de douleurs, ni à l'estomac, ni ailleurs. Une très grande faiblesse est le seul symptôme persistant.

Le malade continue à prendre, par précaution, le mélange de gouttes noires et de jusquiame.

Dans la nuit du 18 au 19 novembre, réapparition des crises douloureuses.

Le 20, le malade vient à ma consultation, il est de plus en plus amaigri et quoique l'examen direct ne me fasse rien constater d'anormal, je ne puis m'empêcher, en présence de

la persistance des douleurs, de l'émaciation extérieure et du teint pâle légèrement jaune, de penser à l'existence d'une tumeur maligne non accessible à mes moyens d'exploration.

Cependant un interrogatoire plus serré, joint à une étude plus approfondie que le malade très intelligent avait fait de son état, me permet de savoir que, depuis le 8 ou 10 novembre, les crises se reproduisent avec une certaine régularité, acquièrent leur maximum d'intensité une heure et demie ou deux heures après les repas et sont calmées presque instantanément par l'ingestion des aliments. Le malade accuse en outre des éructations acides très fréquentes. Je me rappelai alors la description faite peu de temps auparavant par M. Huchard, d'une forme de dyspepsie par sécrétion continue d'acide chlorhydrique (pseudo-gastralgie hyperchlorhydrique) et instituai immédiatement le traitement par les alcalins a haute dose, lequel devait être à la fois une pierre de touche à mon diagnostic et un moyen de guérison, si celui-ci était exact. Je prescrivis donc de prendre tous les jours 20 grammes de bicarbonate de soude, par doses de 3 à 5 grammes au moment des repas et au moment des crises, et 2 ou 3 cuillerées à café de magnésie calcinée comme laxatif et alcalin à la fois.

Comme régime : viandes grillées, peu ou pas de légumes ; réduire au minimum les boissons prises au repas, lait additionné de bicarbonate de soude, pas d'alcool ni de fruits.

La nuit du 20 au 21 est très mauvaise, les douleurs paraissent encore plus aigües. Au réveil, le malade est d'une faiblesse telle qu'il ne peut se tenir debout.

Mandé près de mon client, j'insiste pour que le traitement prescrit la veille soit institué rigoureusement. — La journée du 21 est meilleure, les douleurs sont moins vives ; les éruc-

tations acides diminuent de fréquence, les urines denses. chargées de phosphate, ne contiennent ni sucre ni albumine. Nuit du 21 au 22 bien meilleure, peu de douleurs, sommeil presque continu. La journée du 22 est bonne également ; toutefois les douleurs reparaissent un peu dans la soirée, ce que le malade attribue à la fatigue provoquée par une sortie faite àla fin de la journée Le 23, journée bonne à part quelques douleurs sans acuité, survenant toujours pendant les périodes de vacuité de l'estomac.

Le 24, je suis appelé à voir le malade en consultation avec son ancien médecin le docteur Baudot

Ce confrère, après avoir examiné avec grand soin le malade et quoique n'ayant rien trouvé par la palpation de l'estomac et de l'abdomen, me déclare que, malgré ces signes négatifs et malgré l'amélioration sensible survenue depuis l'administration des alcalins, il ne peut. en raison de l'amaigrissement considérable du malade, de sa faiblesse et de son teint presque cachectique, que porter le diagnostic de cancer latent de l'estomac. Cependant, en raison des bons effets produits par la cure alcaline, et comme d'ailleurs, nous n'avons pas d'autres chances de salut, il ne s'oppose pas à la continuation du traitement auquel, de mon côté, j'attache une grande importance.

Les jours suivants, l'amélioration s'accentue de plus en plus, les forces et l'embonpoint reviennent et le teint prend une coloration rosée.

Le 15 décembre, le malade vient pour la dernière fois à ma consultation ; il se sent tout à fait bien et a pu reprendre ses occupations ; je l'engage à diminuer progressivement la dose de bicarbonate de soude prise quotidiennement et d'être fidèle à son régime.

Aucun retour offensif de la maladie ne s'est manifesté depuis lors.

Chez les hyperchlorhydriques le bicarbonate de soude et les alcalins à faibles doses donnés avant le repas exciteraient la muqueuse gastrique, favoriseraient la sécrétion glandulaire et calmeraient les douleurs de l'estomac.

L'*acide chlorhydrique* peut également être administré pour suppléer à l'acidité insuffisante du suc gastrique.

Le professeur allemand W. Fleiner a étudié l'application thérapeutique du *choralbacide* aux maladies du tube digestif. (*Centrulblatt für therapie* n° 3, 1899). Ce nouveau remède est obtenu de la manière suivante : par suite de l'action du chlore sur l'albumine, il se forme d'un côté C H L et de l'autre un composé de chlore et d'albumine. Cette albuminerie ainsi traitée forme la base du chloralbacide. Ce remède est indiqué dans les cas où l'on a constaté l'absence d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac, trois heures après un repas d'épreuve.

L'auteur l'a également employé dans 7 cas de carcinome — 22 cas de gastrite chronique — 5 cas de dyspepsie anémique. Ce médicament calmait les douleuas d'une manière très efficace. Il agissait soit en produisant de l'H C L dans l'estomac soit en provoquant des mouvements péristaltiques des parois stomacales.

La *papaïne* étudiée par G. Sée, Bouchat, Finkler,

Rossbach, etc,, a été préconisée dans le traitement des dyspepsies mais n'a pas répondu aux espérances que l'on avait conçues.

Sittmon (*Ung. méd. Pr.*, III, 1898, n° 41, p. 984-986 a étudié de nouveau et récemment les effets de papaïne, dans un grand nombre d'affections stomacales de diverses natures. Dans un certain nombre de cas de gastrite aiguë, l'auteur a noté la disparition des douleurs comme premier résultat et la guérison complète en deux ou trois jours.

Il employait le médicament à doses de 0 gr. 3 à 0 gr. 5, immédiatement après les repas où la viande prédominait.

Dans trois cas de dyspepsie chronique consécutive à un ulcère de l'estomac, les douleurs causées par l'ingestion de la viande, disparurent rapidement.

Dans deux cas de cancer, les douleurs survenant après l'ingestion de la viande sont devenues moins intenses et de moindre durée.

La papaïne semble agir grâce à sa propriété de dissoudre les albuminoïdes.

Médicaments inertes. — Les pansements au *sous-nitrate de bismuth* ont été essayés par Fleiner dans le traitement de l'ulcère de l'estomac. Ils ont une grande efficacité au point de vue des phénomènes douloureux.

« 15 ou 20 grammes de sous-nitrate de bismuth sont délayés dans 200 grammes d'eau et le lait ainsi obtenu est introduit avec la sonde, ou quand l'emploi de la

sonde est contre-indiqué avalé par le malade. Lorsqu'on peut utiliser la sonde, il suffit d'attendre une ou deux minutes, pour que le bismuth se dépose et pour qu'on puisse retirer l'eau. On prescrit ensuite au malade de se coucher dix minutes sur chacun des cotés ; dix minutes sur le dos et dix minutes sur le ventre, afin que le médicament se répande sur toute l'étendue de la surface » (Hayem et Lion).

Witthaner (*Thérap. monats*, oct. 1895) prescrit dans le traitement de l'ulcère rond, 20 grammes de bismuth en une seule fois à jeun pendant 10 jours ; ensuite une poudre de bicarbonate de soude et de codeïne. Les malades tolérent bien le bismuth ; il n'a pas vu d'intoxication. L'alimentation consiste en lait, pain rassis, lincottes, beurre en grande quantité, soupes épaisses de riz, de gruau, de sagou ; puis rapidement de la viande crue finement divisée ou du jambon cru, et à l'occasion, un œuf à la coque.

Nous avons pu observer dans un cas les résultats de ce traitement ; ils ont été parfaits.

OBSERVATION IX (Personnelle).

L... Mathilde, âgée de 22 ans, femme de chambre, entre le 16 août 1899 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Corvisart, n° 4, service de M. le docteur Béclére, suppléé par M. le docteur Lyon.

La malade a eu dans l'enfance quelques affections sans gravité. Elle a eu la scarlatine à 18 ans. Elle est un peu nerveuse, mais n'a jamais eu de crise de nerfs. Elle a de temps à autre des vertiges, des étourdissements, n'est pas régulièrement réglée et a des pertes blanches assez abondantes depuis plusieurs années. A diverses reprises, elle a souffert de l'estomac. Depuis un mois environ, la malade souffre au moment de l'ingestion des aliments. Les douleurs sont surtout intenses depuis une huitaine de jours. Elles surviennent aussitôt après que les aliments ont été avalés. Elles siègent à l'épigastre et arrière dans la région du dos. La palpation de l'épigastre est douloureuse. Depuis cinq ou six jours, la malade a vomi à plusieurs reprises. Les vomissements étaient alimentaires, survenaient peu de temps après le repas. Ils étaient suivis de soulagement immédiat et la malade arrivait à les provoquer en s'enfonçant les doigts dans la gorge et en titillant la paroi du pharynx. Hier, les vomissements contenaient une certaine quantité de sang rouge. La présence du sang effraya la malade et la décida à entrer à l'hôpital.

Le 17 août, la malade vomit une certaine quantité de sang rouge. Elle est pâle. Elle se plaint de souffrir beaucoup de l'estomac.

On met de la glace sur la région épigastrique et on maintient la malade au repos le plus absolu.

On lui fait avaler 20 grammes de sous-nitrate de bismuth, délayés dans 200 grammes d'eau.

On lui prescrit de se coucher dix minutes sur le dos et dix minutes sur le ventre, afin que toute la muqueuse stomacale puisse être recouverte par le dépôt de bismuth. Les douleurs se calment notablement après cette médication. On donne

ensuite dans la journée une petite quantité de lait glacé prise par cuillerées à café.

La malade dort un peu dans la nuit.

Le 18 août — Les douleurs ont reparu. On fait un nouveau pansement au bismuth le matin et un semblable le soir. A la suite de ces pansements, la malade ressent une amélioration notable. Elle dort bien la nuit. Pas d'hématémèses.

Le 19 août. — La malade souffre beaucoup moins. Nouveau pansement au bismuth. On continue la glace sur le ventre. Pas de vomissements. On augmente un peu la dose de lait glacé.

Le 20 août. La malade est en très bon état. Elle prend un litre et demi de lait dans la journée. On fait encore un pansement au bismuth, on continue la glace sur le ventre. Le 21 août, la malade va très bien. Elle prend deux litres de lait dans la journée. On ne fait pas de pansement au bismuth.

Le 24 août. — La malade prend trois litres de lait par jour. On supprime la glace la nuit sur la demande de la malade. Pas de douleurs.

Le 27 août. — On donne deux œufs à la coque sans pain. Bon état. On supprime la glace.

Le 30 août. — On donne des potages, des œufs, de la viande hachée. La malade se lève un peu.

Le 4 septembre. — La malade sort en bon état.

CONCLUSIONS

Les douleurs d'origine gastrique peuvent diminuer ou disparaître sous l'influence de moyens généraux et de moyens locaux.

Les moyens généraux ont une importance considérable dans la thérapeutique des affections douloureuses de l'estomac. Le repos physique et intellectuel, le repos au lit dans certains cas, seront nécessaires et les malades en retireront une grande amélioration.

Au repos général de l'organisme on devra joindre le repos de l'organe lui-même.

Cette indication sera réalisée tout d'abord par le régime (diète hydrique ou lactée, aliments de digestion facile et bien mastiqués). Dans certains cas graves (ulcères), on a même conseillé de supprimer entièrement l'alimentation par la bouche et de la remplacer par l'alimentation rectale.

Les différents moyens thérapeutiques qui suppriment la stase des aliments et des sécrétions dans l'estomac réalisent également cette indication.

Parmi ces moyens, il faut préconiser le lavage de l'estomac, le massage épigastrique qui sera à la fois

évacuateur, décongestionnant, et excitateur de la contractilité stomacale.

Enfin dans les cas rebelles à tout traitement médical, on a parfois obtenu de merveilleux résultats des opérations d'abouchement (gastro-entero-anastomose). Ces opérations suppriment la stase sanguine et pourraient même parfois modifier favorablement dans la suite le chimisme stomacal.

A ces moyens mécaniques, d'autres moyens locaux peuvent servir d'utiles adjuvants en favorisant la décongestion de l'organe et en pratiquant une révulsion localisée au devant de l'épigastre. Ces derniers moyens pourront même être employés seuls avec succès dans certains cas.

En premier lieu nous citerons les compresses humides appliquées en permanence sur le creux épigastrique.

Les boissons chaudes prises au moment des douleurs stomacales ont souvent une action sédative remarquable.

Les substances médicamenteuses doivent être employées avec modération dans le traitement des douleurs gastriques.

Parmi ces substances, les unes sont des analgésiques, dont l'action est purement symptomatique (chlorhydratisé de cocaïne et de morphine, etc.).

Elles sont surtout indiquées dans les crises douloureuses aiguës et violentes et dans les affections douloureuses chroniques non susceptibles de regression (cancer).

D'autres substances médicamenteuses agissent en modifiant la secrétion stomacale. Tels sont les alcalins et en particulier le bicarbonate de soude. Elles possèdent des indications thérapeutiques spéciales.

Enfin d'autres substances sont utilisées comme des poudres inertes, qui établissent un pansement de la muqueuse stomacale et calment également les douleurs.

Tel le bismuth à hautes doses dans le traitement de l'ulcère gastrique.

Vu : par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : par le Président,

DIEULAFOY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne.

Dieulafoy. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Tome I, tome II, tome III.

Alibert. - France médicale, année 1892, page 819.

Soupault. — Emploi du chlorate de soude dans le traitement des gastropathies. (Bulletin gén. de thérap. 8 juillet 98).

Robin. -- Traitement de l'hypersthénie gastrique. (Bulletin gén. de thérap. 15 mai 96).

Bourget. — Traitement de l'ulcère de l'estomac par le perchlorure de fer. (Revue médicale de la Suisse romande. Avril 97, page 522).

Sir James Sauyer. Gastralgie nerveuse, traitement par l'arsenic. (Sem. médicale 1896, page 279).

Plesoianu. — Hyperchlorhydrie, traitement (atropine et bicarbonate de soude) (thèse Paris 97).

Soupault. — Un cas de gastrosucchorée traité par gastro-entérostomie. (Presse médicale, 10 août 98).

Heydenreich. — Ulcère, traitement chirurgical. (Semaine médicale, 2 février 98).

Huchard. — Massage de l'estomac. (Journal des praticiens 18 septembre 97).

Oliniére. - Des indications du lavage de l'estomac. (Thèse de Paris 96).

Dujardin-Beaumetz. — De l'emploi et de l'indication des alcalins dans le traitement des maladies de l'estomac. (Revue int. de méd. et de chir. 5 novembre 1894).

Cséri. — Du massage de l'estomac plein. (Wiener, méd. Woch. ., 17 novembre 1894).

Mathieu. — Le bicarbonate de soude dans le traitement de la dyspepsie gastrique. (Bulletin méd. 23 décembre 1894).

Mathieu. Traitement de l'ulcère de l'estomac. (Ann. de méd. 28 novembre 94).

Perry. — Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac par le tube stomacal. (Journ. Américc. med. ass., 28. juillet 94).

Verrier. De la douche épigastrique dans le traitement de la gastralgie et de diverses sortes de dyspepsies. (France méd. 6 juillet 1894).

Brissaud. — Du chlorate de soude dans le traitement des cancers de l'estomac. (Assoc. franç. Cong. de Besançon, août 1893).

Stepp. — Traitement de l'ulcère. (Berlin, Klin. Woch. n° 40. page 983, 2 octobre 1893).

Boas. — Même sujet (*ibid*).

Volff. — Progrès récents dans le diagnostic et le traitement de quelques maladies de l'estomac. (Médical, News, 21 septembre 1889).

Carron de la Carrière. — Traitement de la dilatation de l'estomac d'origine neurasthénique. (Soc. de méd. prat., 24 octobre 1889).

V. Witte. — Le diagnostic chimique des affections gastriques et ses conséquences thérapeutiques. (Munich 1889).

H. Huchard, — Comment doit-on prescrire le bicarbonate

de soude dans la dyspepsie. (Journ. des praticiens, n° 5, page 64, année 1895).

Huchard. — Des effets thérapeutiques de l'injection de morphine dans certaines formes de vomissements du cancer de l'estomac. (Soc de thérap., 22 mai 1895).

Ferrand — A propos des inconvénients de la médication alcaline. (Soc méd des hôpitaux, 29 mars 1895).

Mathieu. - Pathogénie et traitement de l'ulcère de l'estomac. (Gaz. des hôpitaux, 23 août 1892).

Saundby. — Traitement de la gastralgie chez les anémiques. (Britisch med. Journ.).

Rosenheim. — De la douche stomacale. (Thérap. monast., août 1897).

Max Lowenthal. - Contribution au diagnostic et au traitement des affections gastriques. (Berl. Klin. Woch., 21 nov. 97).

Huchard et Dujardin-Beaumetz. — De la dyspepsie hyperchlorhydrique et son traitement. (Société de thérapeutique, 14 décembre 1897).

Huchard. — Dyspepsie hyperchlorhydrique et son traitement. (Revue gén. de clin., 51, page 84, année 1893).

Dujardin-Beaumetz. — Considérations historiques sur les maladies de l'estomac et leur traitement (Union médic. 22 juillet 1890).

Georges. — De l'étude chimique du contenu stomacal et de ses rapports avec le diagnostic et le traitement des maladies ds l'estomac (thèse de Nancy, 1890).

Lancereaux. — Les conditions pathogéniques et le traitement des maladies de l'estomac (Union méd. 24 juillet 1890).

Germain Sée. — Usage du canabis indica dans le traitement

des névroses et des dyspepsies gastriques (Bull. acad. de méd. 29 juillet).

Dujardin-Beaumetz. — Du cancer de l'estomac et son traitement (Bull. gén de thérap. 15 septembre 1890).

Weinberg. — De l'emploi de l'écorce de condurango dans le cancer de l'estomac, (page 35, Heideberg, 1890).

Robinson. — Traitement de l'ulcère de l'estomac par l'alimentation rectale (N.-York, méd. journ. 4 juillet 1891).

Biss. — Le diagnostic et le traitement de certaines formes de gastralgies (Practionem, juillet 1891).

Mathieu. — Traitement des dyspepsies par le massage (Gazette des Hôpitaux, 13 février 1894).

Cautru. — De l'emploi des agents physiques et en particulier du massage dans le traitement des dyspepsies (Thèse de Paris, 1894).

Thérèse. — Pathogénie et traitement de l'ulcère de l'estomac (Gaz. des Hôpitaux, 13 janvier 1894).

Godart-Danhieux. — Traitement de l'hypersécrétion gastrique (La polich. Bruxelles, 1er avril 1894).

Hayem. — Traitement de la gastrite hyperpeptique. (Bull. méd., 18 juillet 1894).

Pick. — Traitement du catarrhe chronique de l'estomac par de hautes doses de bismuth (Berlin, Klin. Woch., 31 juillet 1893).

Boas. — Vues nouvelles sur le diagnostic et le traitement de l'ulcère de l'estomac (New-York, méd. record, p. 737, 17 juin 1893).

Broca. — La chirurgie de l'estomac (Gaz. heb. Paris, 16, p. 182, année 1893).

Romme. — La chirurgie de l'estomac (Gazette heb. Paris, 25 novembre 1893).

Raulin. — Des gastralgies et de leur traitement (Gaz. heb. Bordeaux, 3 mars 1895).

Cuffer. — De la gastralgie (An. de méd. 6° et 7e année 1895).

Linossier. — Sur l'action analgésique du bicarbonate de soude dans les affections digestives (Bull. méd., 24 mars 1895).

Chabert. — Du mode d'action du bicarbonate de soude sur l'estomac (Thèse de Lyon, 1895).

Ferdinand Henry, — Diagnostic de traitement des troubles fonctionnels de l'estomac, (Buffalo med. and. surg. journ. Décembre 1889, page 263.)

Dujardin-Beaumetz. — De la neurasthénie gastrique et son traitement. (Bullet. méd. 27 novembre 1889.)

Noorden. — De l'alimentation dans les maladies de l'estomac. (Zeit. f. Klin. med. XVII. 1re et 2e année 1889.)

Peter. — Dyspeptiques et gastralgiques. (Union méd. 6 mai 1890).

Faucher. — Procédé opératoire à employer pour le lavage de l'estomac. (Revue d'hygiène thérap. Juin 1890.)

Heller. — Traitement des névroses gastriques. (Wien. med. presse n° 4, page 133, 1890)

Attfield. — Le traitement des affections chroniques de l'estomac par le lavage. (Practictioner, février 1892.)

Bogdan. — Traitement des troubles gastriques d'origine neurasthénique. (Bullet. soc. de méd. de Jassy. III, n° 4, 1890.)

Van Pelt, — Divers cas de dyspepsie avec traitement basé sur l'examen du suc gastrique, (Boston med. journ. 21 avril 1892.)

Macintyre. — La signification de l'acidité au point de vue de la cause et du traitement de la dyspepsie. (Glascow Med., juin 1892.)

Desnos. — Sur l'emploi de la solanine dans les affections de l'estomac avec prédominance de l'élément gastralgique. (Bull. de thérap , 30 juin 1892.)

Weissenberg. — Traitement des affections nerveuses de l'estomac. (Berl. Klin. Wochens, page 318, 28 mars 1892.)

Chéron. — La diététique des maladies de l'estomac (Union méd , 21 juillet 1891.)

Rendu. — Des crises gastriques douloureuses. (Gazette des hôpitaux, 13 août 1891.)

Potain. — Diasgnostic et traitement de l'ulcère de l'estomac. (Gazette des hôpitaux, 22 octobre 1891).

Henne. — Recherches sur le traitement des maladies de l'estomac. (Zeit. f. Klin. med. XIX, supplem. 1891.)

Chéron. — Le chimisme stomacal et le traitement des maladies de l'estomac (Union med , 10 novembre 1891.)

Coutaret. — Les dyspepsies et leur traitement. (Bull. gén. de thér.. 30 janvier 1892.)

Dujardin-Beaumetz. — Traitement des maladies de l'estomac. (Revue des sciences médicales.(

Henrich Bircher. — Traitement chirurgical de la dilatation de l'estomac (Corresp. Blatt. f. Schweitzer terzte n° 23 page 713. 1er décembre 1801.)

Mathieu. — Les alcalins dans le traitement de dyspepsie. (Gaz. des hôpitaux. 17 janvier 1893.)

Godart. — Le lavage de l'estomac. (La policlin. Bruxelles, 1er juin 1893.)

Soupault. — Traitement de l'hyperchlorhydrie. (Gaz. des hôpitaux, 3 juin 1893.)

Mathieu. — Sur un cas de cancer à évolution lente chez un jeune homme ; disparition des doulenrs sous l'influence de la laparotomie exploratrice. (Soc. méd. des hôpitaux, 10 mai 1895.)

Fleiner. — Traitement des ulcères gastriques. (Münich méd. Woch..., n° 18, page 39, 1893).

Mathieu. Thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin. (Paris 1893.)

Robert Flamm. — Contribution à l'étude de certaines affections des voies digestives par le massage. (Thèse de Paris, 1893.)

Debove et Rémond. — Lavage de l'estomac (Paris 1892.)

Hayem et Lion. — *In* traité de médecine de Brouardel et Gilbert (1897.)

Mathieu. — *In* traité de médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud.

Debove et Achard. — Manuel de médecine. (Paris 1895.)

Manquat. — Traité de thérapeutique. (Paris 1897.)

Hindler. — Emploi interne de l'orthoforme (Forts. de méd., n° 71, 1899.)

Carle et Fantino. — Considérations sur 84 cas de chirurgie stomacale (Reforma medica, 23, 24, 25 et 26 août 1897.)

Bouveret. — Traité des maladies de l'estomac (Paris 1893.)

Paris. — Imprim. de la Faculté de Médecine, L. Boyer, 15, rue Racine